



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO PARAÍSO
ESTADO DE RONDÔNIA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



TERMO DE REFERÊNCIA

1. INTRODUÇÃO

Em atendimento ao artigo 6º inciso X, da Lei Federal de Licitações e Contratos nº 14.133 de 1 de abril de 2021, a Secretaria Municipal de Saúde apresenta o Termo de Referência com o propósito de fornecer elementos e subsídios que permitam dentro de uma viabilidade econômica a elaboração de propostas tendo em vista a aquisição ora pretendida.

2. DO OBJETO

O objeto do presente Processo Administrativo é a aquisição de **MATERIAIS DE CONSUMO REAGENTES DE LABORATÓRIO**, por dispensa licitatória para atender as demandas do Laboratório do Hospital Municipal de Pequeno Porte Oswaldo Cruz, por um período estimado de **06 (seis) meses**.

2.1. DESCRIÇÃO DO OBJETO:

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	UNIDADE	QUANTIT. 06 MESES
01	Diluyente DIAG HU 20L	UND	15
02	LISE DIAG HU 1L	UND	15
03	CLEAN DIAG HU (LIMPEZA INTERNA) 5 L	UND	15
04	PROBE CLEAN (LIMPEZA AGULHA)	UND	15





PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO PARAÍSO
ESTADO DE RONDÔNIA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



	100 ML		
05	PACK DE REAGENTES 1000 ml Contendo: Solução padrão A (650ml) + Solução padrão B (350ml)	KIT	15
06	SOLUÇÃO DE LIMPEZA 1,5 ml	UND	15
07	SOLUÇÃO CONTROLE 1,5ml	UND	15
08	SOLUÇÃO CONDICIONADORA 1,5 ml	UND	15

2.2 Os objetos desta contratação são caracterizados como bens de qualidade comum, não se enquadrando como sendo de bem de luxo, conforme Decreto nº 10.818, de 27 de setembro de 2021.

2.3 A escolha do fornecedor se dará mediante contratação direta por meio de "Dispensa Eletrônica" com critério de julgamento "menor preço".

2.4 O prazo de vigência da contratação é de 180 (cento e oitenta) dias contados da assinatura do termo de contrato a ser formalizado pós a emissão da nota de empenho, na forma do artigo 105 da Lei nº 14.133, de 2021.

3. FUNDAMENTAÇÃO DA CONTRATAÇÃO:

Rua Marechal Candido Rondon, 3082 Centro – 76862-000 – Alto Paraíso – RO.
E-mail: semsau_ap@yahoo.com.br
Fone: (69) 3534-2112





PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO PARAÍSO
ESTADO DE RONDÔNIA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



O Laboratório do Hospital de Pequeno Porte Oswaldo Cruz tem por finalidade análises laboratoriais para conclusão de diagnósticos de enfermidades, através de amostras de sangue, urina e fezes.

A presente aquisição citada refere-se a compra dos REAGENTES DE LABORATÓRIO dos aparelhos recém adquiridos, aparelho Hematológico da marca **VIDACOUNT 3000** e um Analisador de Eletrólitos (íons seletivos) automático **ELECTROLYTE V**, para suprir as demandas do laboratório Municipal na realização de exames de rotina em um período de 06 (seis meses). Um breve relato, na data do dia 11 de abril de 2023 foi aberto um PROCESSO ADMINISTRATIVO PARA AQUISIÇÃO DE MATERIAIS REAGENTES DE CONSUMO DO LABORATÓRIO Nº 1-1059/2023 por SISTEMA DE REGISTRO DE PREÇO constando todos os reagentes necessários para uso do aparelho hematológico do Laboratório que já estava em uso, porém, o aparelho em questão alguns meses depois apresentou danos sem possibilidade de funcionamento e teve que ir para assistência técnica, onde permanece até o momento.

No dia 01 de novembro de 2023 foi aberto um processo administrativo para aquisição de equipamentos permanentes para atender o LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS MUNICIPAL, constando um aparelho Hematológico e um Analisador de Eletrólitos (íons seletivos) automático. No dia 01 de abril de 2024 recebemos tais equipamentos, juntamente com os reagentes respectivos para que fosse executado o teste dos mesmos, e para uso, que diante da demanda foi suficiente para 20 dias. Os reagentes que constam em nosso estoque não são compatíveis com esses novos equipamentos, sendo assim, é de suma importância a aquisição dos reagentes específicos da marca **DIAGFAST** para que possamos dar continuidade nos atendimentos laboratoriais para os pacientes internos e usuários do SUS.

4. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO:

4.1 A aquisição desses insumos é essencial para o atendimento dos munícipes para a execução analítica dos testes e detecção dos microrganismos supracitados em amostras de materiais biológicos com o

Rua Marechal Candido Rondon, 3082 Centro – 76862-000 – Alto Paraíso – RO.
E-mail: semsau_ap@yahoo.com.br
Fone: (69) 3534-2112





PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO PARAÍSO
ESTADO DE RONDÔNIA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



resultado das análises em até 24 horas fortalecendo nossa capacidade de resposta às emergências em Saúde Pública.

5. DESCRIÇÃO DOS REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO:

5.1 O prazo de entrega será de 5 (cinco) dias corridos a partir do recebimento da ordem de compra (nota de empenho). A entrega dos reagentes deverá ocorrer de forma integral, sendo que qualquer prazo superior a esse deverá ocorrer somente com a prévia autorização da Secretaria. Os itens solicitados deveram ter registro na ANVISA ou INMETRO. Deverá conter na embalagem o nome do Laboratório fabricante de cada reagente ofertado, composição, peso, volume, líquido contido no frasco e quantidade de unidades por embalagem.

6. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO:

6.1 A empresa deverá fazer a entrega dos reagentes no prazo máximo de 5 (cinco) dias corridos, caso não ocorra a empresa sofrerá sanções cabíveis por lei após a emissão da nota de empenho. A entrega será no Hospital Municipal de Pequeno Porte Oswaldo Cruz, situado na rua Emiliano Lopes nº 3795 - Bairro Centro – Alto Paraíso-RO, no horário de segunda a sexta-feira das 07:30h da manhã as 17:30h da tarde respeitando sempre o horário de funcionamento, e suas especificações e quantidades constantes no Termo de Referência após nota de empenho solicitado desta Secretaria.

6.2 Os reagentes serão recebidos após a verificação das embalagens íntegras, onde constem o nome do Laboratório fabricante, composição dos produtos farmacêuticos, peso, volume, líquido contido no frasco e





PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO PARAÍSO
ESTADO DE RONDÔNIA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



quantidade de unidades por embalagem em conformidade e sua consequente aceitação, que será imediato do recebimento.

6.3 Entregas em desacordo com as especificações solicitadas tamanhos, rótulos, embalagens violadas devem ser comunicadas imediatamente ao fornecedor, que deve se responsabilizar pela troca imediata do reagente.

6.4 Fica a comissão de Recebimento de Materiais e Serviços de no mínimo 3 (três) servidores, para o recebimento e conferência dos reagentes entregues. Será procedida a verificação de acordo com as características descritas neste documento, sendo posteriormente aferida a conformidade e atestado por escrito o seu perfeito estado de conservação.

6.5 Os reagentes serão entregues em quantidades solicitadas de acordo com a NOTA DE EMPENHO a critério da CONTRATANTE.

6.6 Provisoriamente para efeito de posterior verificação da conformidade dos reagentes com a especificação. No local de entrega, servidor designado fará o recebimento dos reagentes limitando-se a verificar a sua conformidade com o discriminado na Nota Fiscal, fazendo constar no canhoto e no verso da Nota a data da entrega dos reagentes e, se for o caso, as irregularidades observadas; Definitivamente, no prazo de até 5 (cinco) dias úteis, contados do recebimento provisório, pelo servidor que procederá ao recebimento, realizado todas as conferências, verificando as especificações e as quantidades dos reagentes entregues, de conformidade com o exigido neste Termo de Referência;

6.7 Constatada essa ocorrência, após a notificação por escrito à empresa contratada, será suspenso o pagamento até que seja sanada a situação. No caso de recusa do objeto, a empresa contratada terá o





PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO PARAÍSO
ESTADO DE RONDÔNIA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



prazo de até 3 (três) dias corridos para providenciar a sua substituição, contados da comunicação escrita feita pela Comissão de Recebimento de Materiais e Serviços.

6.8 Imediatamente após a emissão do recebimento definitivo do objeto pela Comissão, a Prefeitura Municipal adotará as providências para pagamento.

7. OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE:

7.1 A Contratante será responsável pela observância às leis, decretos, regulamentos, Portarias e demais norma legal, direta e indiretamente aplicável ao contrato.

7.2 Efetuar o pagamento na forma e no prazo estabelecido no Contrato e/ou Empenho.

7.3 Acompanhar, controlar e avaliar os reagentes, através da unidade responsável por esta atribuição.

7.4 Zelar para que durante a vigência do Contrato sejam cumpridas as obrigações assumidas por parte da CONTRATADA, bem como sejam mantidas todas as condições de habilitação e qualificação exigidas na prestação.

7.5 Dever de informar a Vigilância Sanitária local quando das suspeitas de qualidade do produto ou falsificações para as devidas providências.

7.6 Prestar informações e esclarecimentos necessários que venham a ser solicitados pela (s) empresa (s) contratada (s).

7.7 Recusar os reagentes que estejam fora das especificações e qualificações mínimas exigidas neste Termo de Referência.

7.8 Comunicar às contratadas toda e qualquer alteração relacionada com o item deste processo.





PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO PARAÍSO
ESTADO DE RONDÔNIA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



7.9 Efetuar o pagamento mediante emissão de Nota Fiscal e Relatório devidamente certificado pela Comissão de Recebimento designada para este fim, após análise e liberação do setor de controle interno.

7.10 Comunicar a troca dos reagentes, caso haja necessidade, por um melhor ou igual qualidade com o mesmo valor lícitado.

7.11 Vistoriar os reagentes entregues, caso não satisfazer as necessidades, solicitar a empresa para que faça a troca dos reagentes no prazo máximo de 3 (três) dias.

8. OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA:

8.1 Arcar com todas as despesas, diretas ou indiretas, impostos, taxas, encargos, royalties, seguros, fretes – carrego e descarrego, decorrentes do fornecimento dos bens, sem qualquer ônus para a Prefeitura Municipal de Alto Paraíso-RO.

8.2 Manter a compatibilidade com as obrigações assumidas durante todo o processo desta compra.

8.3 Entregar os medicamentos, no prazo estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde, em local indicado, de acordo com o selo de qualidade registrado na ANVISA e INMETRO com as especificações e condições estabelecidas no contrato.

8.4 Substituir às suas expensas, todo e qualquer objeto entregue em desacordo com as especificações exigidas e padrões de qualidade exigidos, com rótulos, embalagens ou que vier a apresentar danos. Itens sem registro na ANVISA e INMETRO e outros não serão aceitos.

8.5 Responder por si e por seus prepostos, por danos causados ao Município, aos beneficiários da aquisição ou a terceiros por sua culpa ou dolo.





PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO PARAÍSO
ESTADO DE RONDÔNIA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



8.6 Os reagentes a serem fornecidos deverão ter validade mínima de **12 (doze) meses**.

9. MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO:

9.1 Pela inexecução total ou parcial das obrigações assumidas, garantidas a prévia defesa, a Administração poderá aplicar a Contratada as seguintes sanções:

- a) Advertência por escrito, quando contratada praticar irregularidades de pequena monta;
- b) Aplicação de multa administrativa com natureza de perdas e danos da ordem de 10% (dez por cento) sobre o valor total da contratação, nas hipóteses de inexecução total, e de 5% (cinco por cento) se ocorrer inexecução parcial, reconhecendo a empresa os direitos deste Regional, nos termos do art. 155 da Lei n.º 14.133/21;
- c) Impedimento de contratar com a Administração, até o prazo de três anos;
- d) Declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação, na forma da lei, perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, de acordo com o inciso IV do art. 156 da Lei 14.133/21.

9.2 O não cumprimento, pela empresa, do prazo para a disponibilidade dos objetos ensejará a aplicação da penalidade de multa de mora, correspondente a 0,5% (meio por cento) por dia de atraso injustificado ou cuja justificativa não tenha sido acatada pela Administração, incidente sobre o valor total desta contratação, contado a partir da data do recebimento da Nota de Empenho.





PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO PARAÍSO
ESTADO DE RONDÔNIA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



9.3 A multa prevista neste item será aplicada até o limite de 20 (vinte) dias. Após o 20º (vigésimo) dia, a contratação poderá, a critério da Administração, não ser mais aceita, configurando-se a inexecução total da contratação, com as consequências previstas em lei, no ato convocatório e no instrumento contratual (LLC, art. 95).

9.4 As sanções previstas nas alíneas "a", "c" e "d", poderão ser aplicadas juntamente com a prevista na alínea "b", facultada a defesa prévia da adjudicatária no respectivo processo, no prazo de 15 (quinze) dias úteis, a contar da ciência do ocorrido.

9.5 A empresa terá o prazo máximo de 2 dias úteis, após regular notificação por escrito, para confirmar o recebimento da nota de empenho.

10 – CRITÉRIOS E MEDIÇÃO DO PAGAMENTO:

10.1 O pagamento será efetuado no prazo de até 30 (trinta) dias, contados a partir da apresentação formal da nota fiscal.

10.2 As notas fiscais deverão ser emitidas em 02 (duas) vias e apresentadas à Contratada para atestação, devendo conter no seu corpo a descrição do objeto, o número da nota fiscal, do empenho, do processo e dados bancários da Contratada para efetivação do pagamento.

10.3 O descumprimento das obrigações trabalhistas, previdenciárias e as relativas ao FGTS ensejará o pagamento em juízo dos valores em débito, sem prejuízo das sanções cabíveis.

10.4 Caso se constatem erro ou irregularidade na Nota Fiscal, a Administração, a seu critério, poderá devolvê-la, para as devidas correções, ou aceitá-las, com a glosa da parte que considerar indevida.

Rua Marechal Candido Rondon, 3082 Centro – 76862-000 – Alto Paraíso – RO.

E-mail: semsau_ap@yahoo.com.br

Fone: (69) 3534-2112





PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO PARAÍSO
ESTADO DE RONDÔNIA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



10.5 Na hipótese de devolução, a Nota Fiscal será considerada como não apresentada, para fins de atendimento das condições contratuais.

10.6 A administração não pagará, sem que tenha autorização prévia e formalmente, nenhum compromisso que lhe venha a ser cobrado diretamente por terceiros, seja ou não instituições financeiras, à exceção de determinações judiciais, devidamente protocoladas no órgão.

10.7 Os eventuais encargos financeiro, processuais e outros, decorrentes da inobservância, pela licitante, de prazo de pagamento, serão de sua exclusiva responsabilidade.

10.8 A Administração efetuará retenção, na fonte, dos tributos e contribuições sobre todos os pagamentos à Contratada.

10.9 É condição para o pagamento do valor constante de cada Nota Fiscal/Fatura, a apresentação de Prova de Regularidade com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), Certidão Negativa da Receita Estadual – SEFIN, Certidão Negativa Municipal, Certidão Negativa Federal e Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT), podendo ser verificadas nos sítios eletrônicos.

11 – FORMAS E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR:

11.1 O fornecedor será selecionado por meio da realização de procedimento de DISPENSA de licitação, na forma ELETRÔNICA, com fundamento na hipótese do art. 75, inciso II da Lei n.º 14.133/2021, que culminará com a seleção da proposta de menor preço por item.

11.2 As exigências de habilitação jurídica, fiscal, social e trabalhista são as usuais para a generalidade dos objetos, conforme disciplinado no Anexo I do Aviso de Contratação Direta.





PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO PARAÍSO
ESTADO DE RONDÔNIA
PODER EXECUTIVO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



12. ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO:

12.1 O custo estimado total da contratação é de R\$ 26.580,00 (Vinte e seis mil, quinhentos e oitenta reais), conforme custos unitários apostos na tabela da Descrição do Objeto abaixo.





Município de Alto Paraíso



63.762.025/0001-42

Rua Marechal Cândido Rondon, 3031 - Centro

www.altoparaíso.ro.gov.br

FICHA CADASTRAL DO DOCUMENTO ELETRÔNICO

Tipo do Documento	Identificação/Número	Data
Termo de Referência	01	11/04/2024

ID: 326224	Processo	Documento
CRC: E0486222		
Processo: 1-1199/2024		
Usuário: MÔNICA APARECIDA OLIVEIRA COSTA		
Criação: 11/04/2024 16:03:15	Finalização: 11/04/2024 16:06:10	

MD5: **C102FF17FF711F75620BC51D89B384CA**

SHA256: **82D33CA66A5E4DFC34722EE8582322ECA8210A3B1DDD1D7E4228E14D30C737F1**

Súmula/Objeto:

Termo de Referência 01


INTERESSADOS

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE ALTO PARAISO	Alto Paraíso	RO	11/04/2024 16:03:15
--	--------------	----	---------------------


ASSUNTOS

AQUISIÇÃO DE MATERIAIS DE CONSUMO	11/04/2024 16:03:15
-----------------------------------	---------------------

ASSINATURAS ELETRÔNICAS

 MÔNICA APARECIDA OLIVEIRA COSTA	CHEFE DE DIVISÃO/CC	11/04/2024 16:06:15
--	---------------------	---------------------

Assinado na forma do Decreto Municipal nº 3.202/2020.

 RODRIGO DA SILVA QUEIROZ	SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE	11/04/2024 16:54:00
---	-------------------------------	---------------------

Assinado na forma do Decreto Municipal nº 3.202/2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida através do QRCode acima ou ainda através do site transparencia.altoparaíso.ro.gov.br informando o ID 326224 e o CRC E0486222.